Nr 33. Kraków, 18. sierpnia 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 18. sierpnia 1917. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Reinfectio syphilitica.

Podał

Dr Franciszek Walter.

(Dokończenie).

Przypadki powyższe można podzielić na 2 grupy:

a) Przypadki, w których prawdziwości wtórnego zakażenie nie stwierdzało wystąpienie zmian drugorzędnych,

b) przypadki, w których zmiany te kolejno towarzyszyły zmianie pierwotnej.

Wszystkie 3 przypadki grupy pierwszej charakteryzuje wystąpienie wykwitu, podobnego klinicznie i bakteryologicznie do zmiany pierwotnej, wymagany okres wylęgania po podejrzanym stosunku, zajęcie gruczołów limfatycznych sąsiadujących, odczyn Wassermanna w pierwszym przypadku ujemny, w drugim i trzecim słabo dodatni.

Okres, oddzielający oba zakażenia w przypadku pierwszym wynosił $1^1/_2$ roku, w drugim $3^1/_2$ roku, w trzecim $2^1/_2$ roku. Ze względu na podjęcie leczenia poronnego zaraz po stwierdzeniu nowego zakażenia nie odczekano zmian drugorzędnych.

Cechy, których Benario wymaga dla stwierdzenia reinfekcyi, mielibyśmy zebrane w tych 3 przypadkach. Najważniejszym szczegółem, przemawiającym za prawdziwością powtórnego zakażenia, jest okres, wolny od nawrotów klinicznych i serologicznych. Przeważnie autorowie wymagają okresu jednorocznego po leczeniu poronnem; w naszych przypadkach wynosi ten okres znaczniej więcej, od $1^1/_2$—$3^1/_2$ lat. Monorecydywy występują zwykle w krótkim czasie po skończonem leczeniu, przeważnie po kilku miesiącach. Co prawda Müller nie zadawalnia się nawet długim okresem czasu (n. p. przypadek 17 w drugiej rozprawie $2^1/_2$ lat), twierdząc, że nawet wystąpienie zmian pierwotnych z następowemi zmianami drugorzędnemi nie daje bezwzględnej pewności prawdziwej reinfekcyi.

Cechy kliniczne, jakoteż obfita ilość krętków bladych, również nie są wystarczające do udowodnienia reinfekcyi; to samo znaleść można i w monorecydywach, podobnych do zmian pierwotnych. Wiele zmian podobnych do pierwotnych, wystąpiło z ognisk krętków bladych pozostałych w bliznach po pierwszych zmianach lub w otoczeniu. Przypadki te śledził Habermann. Po skończonem energicznem leczeniu rtęciowo-salwarsanowem wycinał on blizny po zmianie pierwotnej, ale poszukiwania krętków bladych w tych preparatach dawały zawsze wynik ujemny. Również i szczepienia na królikach pozostały bez wyniku. Doświadczenia Habermanna nie są zgodne z doświadczeniami Fuela, który znalazł krętki blade w bliźnie po zmianie pierwotnej, po ukończonem leczeniu. Że jednak wynik ujemny nie chroni od nawrotu, dowodzi przypadek Habermanna, gdzie mimo, że w wyciętej bliźnie nie znaleziono krętków bladych, to krętki pozostałe w innych częściach ciała dały powód do nawrotu.

Odczyn Wassermanna w naszym pierwszym przypadku był zupełnie ujemny przy stwierdzeniu drugiej zmiany pierwotnej, w drugim i trzecim przypadku słabo dodatni. Zachowanie się odczynu może być przy monorecydywie, podobnej do zmiany pierwotnej, takie, jak przy prawdziwej zmianie. Odczyn bywa albo ujemny, albo słabo dodatni, może z czasem stawać się wybitniejszym.

We wszystkich tych przypadkach najprawdopodobniej w okresie oddzielającym pierwsze zakażenie od drugiego — był odczyn Wassermanna ujemny. (W pierwszym przypadku badanie takie przeprowadzono). Przemawiałby za tem długi okres czasu $2^1/_2$ i $3^1/_2$ lat bez wszelkich objawów nawrotów kiły. Wprawdzie, jak wspominałem, znane są długie okresy utajenia odczynu Wassermanna, ale są to przypadki bardzo rzadkie, zwłaszcza po upływie jednego roku. Ponieważ przeważnie uważamy obecnie odczyn dodatni Wassermanna za wyraz istnienia w ustroju krętków bladych, przeto okres czasu dłuższy, wolny od nawrotu serologicznego, wskazywałby na nieobecność krętków w ustroju, dowodziłby zatem wyleczenia.

Leczenie w pierwszym przypadku podjęto już w niezupełnie korzystnych warunkach dla leczenia poronnego, mianowicie w bardzo wczesnym okresie drugorzędnym. Leczenie przeprowadzono energicznie (3·15 neosalwarsanu 112 wstrzyknięć rtęciowych). W drugim przypadku przy odczynie Wassermanna słabo dodatnim, leczenie było mniej energiczne (0·8 salwarsanu i 8 wstrzyknięć rtęciowych). W trzecim przypadku w warunkach najdogodniejszych przy ujemnym odczynie Wassermanna, z powodu opieszałości chorego, leczenie nie było bardzo energiczne (0·8 salwarsanu i 5 wstrzyknięć rtęciowych). Siedziba powtórnych zmian pierwotnych w pierwszym przypadku mogła leżeć w zakresie dróg limfatycznych pierwszej zmiany pierwotnej, mianowicie na skórze prącia w odległości 2 cm, w drugim i trzecim przypadku siedziba zmiany była odległa od pierwszej (rowek zażołędny i skóra prącia, wewnętrzna blaszka napletka i brzeg zewnętrzny napletka).

Najlepsze warunki czasowe dla leczenia przedstawiał przypadek trzeci i mimo mniej energiczne leczenie długi okres czasu, wolnego od nawrotów, podobnie jak w przypadku drugim, przemawia za reinfekcyą. Pierwszy przypadek, ze względu na złe warunki rozpoczęcia leczenia i siedzibę nowej zmiany pierwotnej w zakresie dróg limfatycznych dawniejszej, mógłby być uważany za »sclerosis ex residuo«.

Pozostałaby jeszcze sprawa superinfekcyi. Najłatwiej występuje ona w okresie trzeciorzędnym; w żadnym z naszych przypadku nie mogliśmy stwierdzić utajonego okresu trzeciorzędnego. Wiemy, że superinfekcya występuje zwykle, gdy istnieje jakikolwiek objaw kiły, a Lipschütz żąda nawet obecności świeżych zmian drugorzędnych. W naszych przypadkach objawów kiły drugorzędnej stwierdzić zgoła nie mogliśmy. Również wiemy dobrze z doświadczeń Fingera, Landsteinera, Tomaszczewskiego, że kliniczny obraz superinfekcyi zawisł od owych zmienionych własności, od »przestrojenia« tkanek pod wpływem jadu kiłowego (Umstimmung der Gewebe). Na tych 3 przypadkach ponowne zmiany pierwotne w zupełności kliniczne odpowiadały typowym zmianom pierwotnym.

W drugiej grupie przypadków przebieg pierwszego zakażenia spostrzegany był nie przezemnie, ale jednak rozpoznanie ustalili lekarze specyaliści. Chorzy bardzo inteligentni, prowadząc szczegółowe zapiski przebiegu choroby, mogli doskonale mnie objaśnić.

W przypadku czwartym leczenie rozpoczęto w okresie zmiany pierwotnej, jednak niestety nie wykonano odczynu Wassermanna. Leczenie przeprowadzono energicznie (45 wcierań szaruchy i 3 razy salwarsan). Okres, wolny od nawrotów klini-

cznych, wynosił $4^1/_2$ lat. Drugie zakażenie stwierdzono na zasadzie pozostałej blizny po zmianie pierwotnej, znacznego powiększenia gruczołów pachwinowych i wysypki kiłowej świeżej. Wszystkie warunki, żądane od reinfekcyi, zebrane byłyby w tym przypadku, tylko oba zakażenia spostrzegane były przez dwu różnych lekarzy. Siedzibą drugiej zmiany pierwotnej było inne miejsce, odległe od pierwszej zmiany.

Okoliczności, w których podjęto leczenie przypadku piątego, również nie były sprzyjające dla leczenia poronnego, mimo że okres czasu dzielący oba zakażenia był bardzo długi i wolny zupełnie od nawrotów serologicznych. Już ta sama okoliczność przemawia za typową reinfekcyą.

Prawdziwe reinfekcye należą bądź cobądź do przypadków bardzo rzadkich. Na 3 tysiące przypadków kiły, spostrzeganych przezemnie w ostatnich 5 latach, tylko te 5 przypadków, odpowiadało warunkom, żądanym dla stwierdzenia reinfekcyi. Do warunków, wymaganych dla stwierdzenia powtórnego zakażenia należą:

1) Niewątpliwe stwierdzenie pierwszego zakażenia kiłowego przez lekarza specyalistę.

2) Możliwość drugiego zakażenia (coitus impurus).

3) Okres wolny od nawrotów klinicznych i serologicznych trwający najmniej dwa lata.

4) Stwierdzenie kliniczne i bakteryologiczne nowej zmiany pierwotnej, ewentualnie przy stwierdzeniu wczesnych zmian drugorzędnych drugiego zakażenia obecność blizny po drugiej zmianie pierwotnej.

5) Zajęcie gruczołów limfatycznych w okolicy drugiej zmiany pierwotnej

6) Odczyn Wassermanna ujemny lub słabo dodatni.

7) Ewentualnie kolejne następstwo wczesnych zmian drugorzędnych. (Ze względu bowiem na pojęcie leczenia poronnego byłoby przeciwwskazane wyczekiwanie na pojawienie się zmian drugorzędnych dla stwierdzenia rzeczywistej reinfekcyi). Najlepsze warunki leczenia bezwątpienia byłyby takie, jak podał Hoffmann, a więc leczenie połączone salwarsanem i rtęcią. Obawy Wechselmanna w tym względzie dadzą się usunąć przez badanie sprawności wydzielniczej nerek. Co do ilości salwarsanu, neosalwarsanu lub salwarsan-natrium, to jedno wstrzyknięcie nie wystarczy; trzeba zastosować najmniej 3 wstrzyknięcia dożylne salwarsanu i odpowiednią ilość rtęci (10—12—15 wstrzyknięć salicylanu rtęci lub kalomelu, lub 40—50 wcierań szaruchy). Najlepsze wyniki dadzą się osiągnąć przy odczynie Wassermanna ujemnym lub słabo dodatnim. Jednakże możliwe jest wyjałowienie ustroju i we wczesnym okresie drugorzędnym (przypadek I i V).

W sprawie odkażania rąk ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii wojennej

podał

Prof. Dr Roman Barącz (Lwów).

(Wykład przeznaczony na Zjazd lekarzy polowych II Armii we Lwowie od 20—22 lutego 1917).

(Dokończenie).

Pellegrini [9]) używa do odkażania rąk alkoholu z chlorem, który otrzymuje się przez wprowadzenie gazu chloru do alkoholu lub spirytusu denaturowanego. Wyniki były bardzo dobre, skóra przy tem nie była podrażniona.

Także znana metoda Heusnera odkażania rąk zapomocą mieszaniny jodu z benzyną i parafiną ma dawać dobre wyniki, jednak podrażnia skórę.

Wspomnę tu jeszcze o metodzie v. Herffa [10]) odkażania rąk zapomocą alkoholu z acetonem, przy której autor zachwala odtłuszczające działanie alkoholu i garbujące i stwardzające acetonu przez co ma następować zamknięcie szczelni skórnych. Wreszcie wymienić muszę metodę Lenzmanna [11]), który miał uzyskać działanie odkażania w głąb, przez wcieranie w skórę masy mydlanej, składającej się z mieszaniny formaliny, benzyny i dermosapolu w stosunku 5:15:80 i metodę Zabłudowskiego [12]) odkażania zapomocą tanniny z alkoholem.

Ponieważ kontrola nad tem, czy ręce dostatecznie są odkażone, jest niemożliwa, a ranie zawsze grozi zakażenie ze strony rąk, wykluczył Mikulicz ręce od zetknięcia z raną przez użycie swoich wyjałowionych trykotowych rękawiczek. On i jego uczniowie i wielu innych osiągnęło przez to znakomite wyniki.

Starano się także oddzielić pole operacyjne i ręce od zetknięcia z raną przez użycie materyału nieprzenikliwego, t. j. przez otoczenie skóry rąk materyałem nieprzenikliwym. Do takich nieprzenikliwych otoczek zaliczyć należy: Mengego ksylol z parafiną, gutaperchę z acetonem Murphyego i Schleicha, firnis Levaisa, Kossmanna chirol, Doederleina gaudaninę, Wederhackego dermagummit, chiroseter Doenitza i Klappa, Heusnera kollodyum jodowe, v. Herffa i Herzberga benzoedamar, wreszcie mastisol v. Oettingena. Wszystkie te sposoby nie znalazły wielu zwolenników, najbardziej przyjął się w chirurgii wojennej mastisol.

Wyjątkowe stanowisko zajmują wyjałowione rękawiczki gumowe. Zabezpieczenie to rany przed zakażeniem nie jest jednak pewne, ponieważ rękawiczki gumowe, osobliwie przy dłużej trwającej operacyi, mogą uledz naddarciu lub nakłuciu, przez co zarazki, zawarte w rękawiczce, dostać się mogą do rany i unicestwić naszą wzmocnioną aseptykę. Jednak niezaprzeczoną wartość mają osobliwie grubsze rękawiczki gumowe, jako ochrona naszych rąk przy operacyach, opatrunkach i badaniu przypadków septycznych, t. j. w celach zapobiegawczych.

Podczas mojego krótkiego pobytu w Ameryce w r. 1902 poznałem w szpitalu Roosevelta w Nowym Yorku, na oddziale Roberta F. Weira, metodę odkażania rąk [13]), która z powodu swojej taniości i prostoty nietylko zasługuje na uwzględnienie, ale ma poniekąd wyższość nad innemi. Metoda ta zawdzięcza swoje powstanie doświadczeniom Kümmela, przedsiębranym jeszcze w r. 1885, wykazującym wysokie przeciwgnilne własności wody chlorowej. P. Rauschenberger, aptekarz szpitala Roosevelta, polecił do odkażania rąk mieszaninę podchlorynu wapna, czyli sprzedażnego chlorku wapna $Ca(ClO_2)^2$ i zwykłego węglanu sodowego czyli sprzedażnej sody Na_2CO_3 z dodatkiem małej ilości wody. Mieszanina ta zmydla i rozpuszcza tłuszcz skóry i naskórek. Działanie chemiczne przy tem nie było dostatecznie wyjaśnione, jednak stwierdzono, że wytwarza się przytem podchloryn sodowy w stanie płynnym, znany pod nazwą płynu Labarraquea. Przy tem działaniu ma się, według Weira i Rauschenbergera, wytwarzać wolny chlor »in statu nascendi«, który ma być najważniejszym czynnikiem tej metody odkażania rąk.

Tymczasem zacząłem szukać wyjaśnienia właściwego odczynu chemicznego w nowszych podręcznikach chemii nieorganicznej. Otóż chemiczne działanie przy tym sposobie odkażania rąk jest najprawdopodobniej następujące:

---

9) Rivista ospedaliera 1913 Nr 14, lipiec 31.

10) Zentr. f. Chir. 1909 Nr 52.

11) Zentr. f. Chir. 1908, Nr 4.

12) Zentr. f. Chir. 1910, Nr 8.

13) por. New York med. Rec. 1897 z 3. kwietnia oraz moją pracę p. t. Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych Ameryki na podstawie własnych spostrzeżeń. Przegląd lek. 1904 Nr 9—12 i Wiener med. Woch. 1904, Nr 13 i nn.

$Ca(ClO)^2$ +	Na_2CO_3 =	$CaCO_3$ +	$2NaClO$
podchloryn wapna (chlorek wapna)	węglan sodowy (soda)	węglan wapna (kreda)	podchloryn sodowy (płyn Labarraquea)

$2NaClO$ =	$2NaCl$ +	O_2
podchloryn sodowy	chlorek sodowy (sól kuchenna)	tlen »in statu nascendi«

Chlorek wapna zawiera podchloryn wapna, który przy zadziałaniu na niego węglanu sodowego (sody) przez podwójną wymianę daje podchloryn sodowy (płyn Labarraquea). Tymczasem wszystkie podchloryny tracą bardzo łatwo tlęn i przechodzą w ten sposób w chlorki. Jeżeli zetkną się z ciałami, przyjmującemi tlen, wtedy ciała te łączą się z tlenem, czyli bywają utlenione. Podchloryny są zatem środkami silnie utleniającymi i przewyższają pod tym względem wodę utlenioną. Przez to właśnie silne utleniające działanie niemal wszystkie zarazki bywają zabite[14]).

Wolny kwas podchlorowy jest nieznany, znamy tylko jego wodne rozczyny. Są one płynami bezbarwnymi o silnej woni chloru. Sole podchlorawe oddziaływują podobnie jak wolny kwas podchlorawy. Ta właśnie do chloru podobna woń tego odczynu naprowadziła Weira i Rauschenbergera, na myśl, że przy niej wywiązuje się chlor »in statu nascendi« i że jemu odkażanie rąk należy przypisać.

Rozkład podchlorynów i silniejsze jeszcze działanie utleniające przy tem możnaby przyspieszyć zapomocą środków katalitycznych. Do tego celu nadają się najlepiej sole kobaltowe, n. p. azotan kobaltowy (cobaltum nitricum). Przez dodanie małej ilości takiej soli działanie bakteryobójcze powinno się zwiększyć. Mam właśnie zamiar przeprowadzić próby w tym kierunku.

Sposób użycia chlorku wapna i sody do odkażania rąk jest następujący; Na jednym talerzu kładzie się garść sprzedażnego chlorku wapna, na drugim parę kawałków zwykłej sody (na cal grubych, na 2 cale długich). Po dokładnem oczyszczeniu rąk zapomocą szarego mydła, wody ciepłej i szczotki, bierze się na dłoń około łyżkę stołową chlorku wapna i kryształ sody. Po dodaniu odrobiny wody rozciera się kryształem sody chlorek wapna, przez to tworzy się na ręce gęsta pasta, kryształ sody zmniejsza się, a ręka doznaje z początku uczucia ciepła, a później chłodu. Wcieranie trwa od 3—5 minut. Ręce opłukuje się wodą jałową, poczem stają się nadzwyczaj gładkie i czuć je chlorem. Woń chloru daje się usunąć z rąk przez obmycie ich 1—5% rozczynem wody amoniakalnej (aqua ammoniae). Ręce można w ten sposób odkażać 3—4 razy dziennie bez widocznych szkodliwych następstw dla skóry.

Sposób ten odkażania rąk okazał się, według Weira, nietylko klinicznie bardzo dobrym, ale i próby bakteryologiczne w porównaniu z innym sposobami odkażania rąk (metoda Fürbringera) dały najlepsze wyniki. Na 42 doświadczeń, w 40 okazały się ręce zupełnie jałowe, zatem zupełna aseptyka daje się osiągnąć przy użyciu tego sposobu w 95% przypadków.

Sposób ten odkażania rąk wypróbowałem po powrocie moim z Ameryki, a ponieważ mi oddawał dobre usługi, używam go prawie wyłącznie od 14 lat. Także w szpitalu garnizonowym oddał mi znakomite usługi. Na moją propozycyę wprowadził go prof. Kučera od wielu lat w zakładzie anatomii patologicznej w celach zapobiegawczych. Ręce przy użyciu tego sposobu nietylko bywają odkażone, ale i odwonione. Dawniej w zakładzie tym często występujące ropowice i wrzodzianki u asystentów i uczniów od czasu użycia tego sposobu prawie nigdy nie pojawiają się. Także w ginekologii nadaje się sposób ten znakomicie jako środek zapobiegawczy po badaniach przypadków septycznych i przy laparotomiach septycznych[15]).

Jako odpowiedniejsze do tego celu uważam jednak wygotowane grubsze rękawiczki gumowe, lub odkażone zapomocą chlorku wapna i sody.

W ostatnich latach przeprowadzam odkażanie rąk w następujący sposób.

1) Mycie rąk zwyczajnem mydłem albo spirytusem mydlanym przez 3—5 minut bez użycia szczotki, wiórów drzewnych lub t. p.

2) Wcieranie w dłoń chlorku wapna kryształem sody po dodatku odrobiny wody, aż do wytworzenia się gęstej śmietanowatej pasty. co trwa 2—3 minuty.

3) Rozprowadzenie i wcieranie tej pasty w grzbiety rąk, palce i przedramiona przez jedną do 2 minut i opłukanie z pasty ciepłą wodą wyjałowioną.

4) Zanurzenie rąk na 2 minuty w 3% wodzie borowej, względnie wymycie tą wodą rąk i przedramion i osuszenie wyjałowionym ręcznikiem.

W ostatnich czasach wycierałem nadto jeszcze dodatkowo ręce, palce i przedramiona 90—95% alkoholem. Czy to dodatkowe użycie alkoholu jest koniecznie potrzebne, czy też może przy tym sposobie odkażania nawet może być szkodliwem, tego rozstrzygnąć nie mogę. Nadmienić jednak muszę, że i bez dodatku alkoholu otrzymywałem takie same wyniki.

Sądzę, że ten sposób odkażania rąk odpowiada żądaniom, postawionym w ostatnich czasach przez chirurgów celem osiągnięcia względnego wyjałowienia rąk. Działa on i mechanicznie i zarazem chemicznie i to bakteryobojczo. Jeden z najpotężniejszych środków przeciwgnilnych: tlen »in statu nascendi« działa tu zabójczo na drobnoustroje. Chodzi tu przy zastosowaniu tego sposobu najprawdopodobniej i o działanie w głąb (Tiefenwirkung) i działanie trwałe (Dauerwirkung), przynajmniej wystarczające na czas trwania operacyi. Tłuszcz skóry i nabłonek, zawierający obficie zarazki, bywają usunięte. Zawartość zarazków w ręce bywa w ten sposób zredukowana do minimum, jeżeli nie całkiem usunięta, a w głębsze warstwy skóry wnikający podchloryn sodowy wywiązuje przez czas dłuższy wolny tlen.

W przeciwieństwie do metody Heusnera: odkażania zapomocą mieszanicy benzyny i parafiny z jodem i do odkażania zapomocą alkoholu z nalewką jodową, które zawsze wywołują szorstkość rąk, jak o tem się często przekonałem, ręce po tym sposobie odkażania, nawet po użyciu go w jednym dniu kilkakrotnie, bywają zawsze gładkie i miękkie i dlatego są dla zarazków mniej przystępne, osobliwie zaś, jeżeli po każdej operacyi użyje się gliceryny.

Woń chloru rąk ginie po paru godzinach, zresztą daje się usunąć zaraz wcieraniem w ręce po operacyi gliceryny z dodatkiem paru kropli olejku cytrynowego lub t. p.

Na podstawie mojego doświadczenia tego sposobu odkażania rąk przydatny jest tylko wysokostopniowy zupełnie czysty sprzedażny chlorek wapna, w opakowaniu szczelnem i nieprzemakalnem, używany do prania bielizny, znajdujący się w drogueryach w oryginalnych pakiecikach, uszczelnionych szelakiem po 50 grm. (1/20, 1/10, 1/4, 1/2 i jednokilowych). Przekonałem się jednak, że najpraktyczniejsze są naj-

[14]) Leczenie ran zakażonych tlenem pod wysokiem ciśnieniem wprowadzone w r. 1904 przez Thiriara (méthode oxygène), t. j. wprowadzanie w nie tlenu z bomb metalowych pod ciśnieniem 120 atmosfer, nie daje się porównać z działaniem tlenu »in statu nascendi«, ponieważ działanie bakteryobójcze takiego tlenu jest o wiele silniejsze.

[15]) Pewien znajomy ginekolog był zmuszony wkrótce po badaniu rozpadającego się raka macicy operować ciążę pozamaciczną z przebiciem do jamy brzusznej. Po odkażeniu tym sposobem wykonał z dobrym wynikiem laparotomię.

mniejsze pakieciki po 50 grm.[16]), które zawsze otwierać się powinno bezpośrednio przed operacyą i przechowywać w suchem, ciepłem miejscu.

Tylko przy zbyt energicznem, zbyt długo trwającem, albo kilkakrotnie tego samego dnia powtarzanem odkażaniu występuje nieznaczne pieczenie grzbietu rąk, nie wywołujące jednak nigdy wyprysku.

Natomiast przestrzedz muszę przed używaniem zanieczyszczonego, w nieuszczelnionych pudełkach sprzedawanego podchlorynu wapniowego, który silnie drażni ręce. Szczotek, wiórów drzewnych i t. p. wcale nie używam przy tym sposobie odkażania, natomiast często obcinam paznokcie.

Czuję się poniekąd zobowiązanym polecić jaknajlepiej tę prostą, nadzwyczaj tanią, wielokrotnie przezemnie wypróbowaną i naukowo uzasadnioną metodę odkażania rąk, która środkami nadzwyczaj przystępnymi wykonać się daje, nietylko chirurgom zawodowym, ale także lekarzom prowincyonalnym, pracującym wśród skromnych warunków, a osobliwie dla użytku szpitali polowych, nietylko w celu ochrony ran przed zakażeniem, ale i dla własnej przed niem ochrony.

Lwów, w lutym 1917 r.

[16]) Pakiecik w oryginalnem opakowaniu 50-gramowy kosztuje 6 halerzy.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 25. IV. 1917.

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski, obecnych członków 33.

1) Przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Radwańska przedstawia **przypadek gruźlicy części pochwowej macicy** u chorej od dłuższego czasu na gruźlicę płuc i gruźlicę krtani. Chora, 22-letnia, od 8 miesięcy zamężna, nigdy nie rodziła, ani nie roniła. Zaczęła miesiączkować od 14 r. ż. do 16 r. ż. Wtedy przez $1^1/_2$ roku brak miesiączki. Obecnie od 8 miesięcy brak miesiączki i od 3 miesięcy upławy ropne, zielone, ciągnące się. Część pochwowa gruba, miękka. Na przedniej i tylnej wardze owrzodzenie, wielkości 5-koronówki, płytkie, o ostro ciętych brzegach, barwy ciemnoczerwonej, na niem żółtawe małe guzki. Badanie drobnowidowe wyciętego kawałka, wykonane przez prof. Ciechanowskiego, wykazuje typowe utkanie gruźlicze. Ten wrzód gruźliczy jest zakażeniem wtórnem u chorej z gruźlicą ogólną. Brak miesiączki jest albo skutkiem wyniszczenia ustroju długotrwałą chorobą, albo może być objawem gruźlicy błony śluzowej trzonu macicy (endometritis tuberculosa). Rokowanie niekorzystne z powodu gruźlicy ogólnej. Leczenie w tym przypadku tylko miejscowe z tego samego powodu. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierał głos kol. prof. Braun i kol. Rychliński, który zaznacza, że przypadek ten kwalifikuje się tylko do leczenia ogólnego konserwatywnego ze względu na to, iż gruźlicą zajęte są równocześnie krtań i płuca.

3) Kol. Rychliński przedstawia przypadek **torbieli skórzakowej** jajnika, której treść składała się z szeregu regularnie ułożonych kulek w kształcie malin, co spotyka się bardzo rzadko.

4) Kol. prof. Dr Godlewski wygłosił wykład p. t. **Walka z epidemią przy pomocy kolumn sanitarnych.** Prolegent podaje krótki rys historyczny powstania kolumn sanitarnych krakowskiego Komitetu książęco-biskupiego (K. B. K.) w r. 1915. Opisuje ich organizacyę, podnosząc zasadę, że przy zwalczaniu epidemii kolumnami starano się szpitaliki zakładać w ogniskach epidemii; szpitale więc starano się sprowadzić do chorych, a nie chorych do szpitali. W Krakowie była główna centrala, przesyłająca żywność i leki. Każda kolumna ma swoją drugorzędną centralę, która zaopatruje poszczególne szpitaliki. Na czele kolumny stoi lekarz, który prowadzi leczenie, objeżdżając szpitale. Pielęgniarki mają role o wiele bardziej samodzielną, niż w innych szpitalach.

Prelegent podnosi gorliwość pracy lekarzy trzech kolumn i pielęgniarek w nich pracujących. Dalej omawia prelegent te właściwości kolumn, które sprawiają, że walka przy ich pomocy musi dać wyniki lepsze, niż sposobem dotychczasowym przy pomocy wyłącznie zarządzeń, wydawanych przez lekarzy powiatowych: 1) zupełna izolacya chorych, 2) fachowe leczenie i dobra pielęgnacya, 3) możliwość dokładnego odkażenia, 4) wykrywanie istotnych źródeł zakażenia i szerzenia zarazy, 5) rozbudzanie zaufania do medycyny, 6) kształcenie na miejscu pielęgniarek.

W dotychczasowem doświadczeniu ukazały się także ujemne strony, które w dalszej działalności trzebaby zmienić lub uzupełnić. 1) Przedewszystkiem wskazaneby było stworzenie kolumn dezynfekcyonujących i odwszawiających obok szpitalnych. 2) Większa ruchliwość kolumn, do czego dopomogłoby zwiększenie trenu, dostarczenie lekarzowi automobilu. 3) Większe współdziałanie a) lekarzy, b) ludności, c) władz. Co do lekarzy zwrócił prelegent uwagę, że zawiodła w czasie wojny rachuba na udział kobiet-lekarzy, od których wolno było się spodziewać pracy dla ludności cywilnej. Lekarze powiatowi niekiedy trzymają się zanadto litery przepisów, zamiast ducha ustawy. Ludność naogół życzliwie przyjmuje pracę społeczno-sanitarną, ale dużo się zdarza przypadków ukrywania chorych, utrudnień przy umieszczeniu szpitali i t. p. Z władzami trudności są bardzo duże. Dotąd nie było prawie zwyczaju udziału społeczeństwa w pracach sanitarnych. Takie prace wymagają współdziałania i pomocy różnych władz, a więc kolejowych, aprowizacyjnych, sanitarnych, organów bezpieczeństwa i t. d. Na ogół u władz jest niechęć do udziału społeczeństwa w pracy, która dotąd nie była tknięta przez organa pracy społecznej pozaurzędowej. Na przykładach ilustruje prelegent, ile energii musi się marnować tylko na zwalczanie trudności robionych tam, gdzie ich najmniej należałoby oczekiwać, gdyby wszyscy byli ożywieni wyłącznie chęcią istotnego ułatwienia pracy dla dobra społeczeństwa. Prelegent proponuje wybranie komisyi, któraby rozpatrzyła sprawę kolumn sanitarnych po wojnie, bo ta instytucya nie powinna wtedy się rozwiązać, ale pozostać w gotowości dla tłumienia epidemii. (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Kol. Weinsberg: Utrudnienia w pracy sanitarnej pochodzą bardzo często ze strony urzędników, którzy zapominają, że powinni iść na rękę władzom sanitarnym i ze strony Namiestnictwa, które strzegąc interesów skarbu, cofa się przed wydatkami.

b) Kol. Blassberg: Najnowsze zdobycze nauki powinny stać się udziałem i sfer nielekarskich, które w służbie sanitarnej nieraz biorą udział. W Narolu w r. 1915 żandarm był rozsadnikiem cholery. Gdy ludność do połowy spalonej wsi musiała się mieścić gęsto w ocalonych zabudowaniach, a w pojedynczych domostwach wybuchły przypadki cholery, żandarm pozostałych mieszkańców zakażonego domu w najlepszej myśli porozdzielał po innych domach i w ten sposób rozszerzył zarazę.

c) Kol. Momidłowski: Utrudnienia, z jakiemi spotyka się wszelka praca sanitarna, należałoby jeszcze jaskrawiej przedstawić, niż to uczynił prelegent. Lekarze, tłumiący zarazę, powinni na miejscu zastać wszystko przygotowane przez władze autonomiczne, a sami zająć się tylko tłumieniem. Ażeby jak najlepsze warunki uzyskać w przyszłej Polsce, należałoby całą służbę sanitarną scentralizować w jednym urzędzie. Jeżeli kolumny po wojnie się utrzymają, to mogą oddać wielkie przysługi służbie sanitarnej.

d) Kol. prof. Rosner zapytuje, czy prelegent dostrzegł jakie różnice w kulturze sanitarnej między ludnością Królestwa a Galicyi.

e) Kol. Blassberg zapytuje, czy kolumny sanitarne szczepiły także przeciw cholerze i przeciw durowi.

f) Kol. prof. Ciechanowski: Praca społeczna higieniczna traci u nas dużo energii na zwalczanie przeszkód. Dzieje się to dlatego, że w sferach urzędniczych nie ma przygotowania społeczno-higienicznego, co więcej sprawy sanitarne i społeczno-higieniczne są niestety nawet dla wielu lekarzy dosyć obojętne; n. p. sprawa organizacyi sanitarnej w Państwie Polskiem i w Galicyi zainteresowała tylko pewną zbyt szczupłą grupę lekarzy. Należałoby stworzyć i w Krakowie osobne Towarzystwo higieniczne, lub przynajmniej powstaćby powinna odpowiednia Sekcya w Towarzystwie lekarskiem, któraby pobudziła zainteresowanie lekarzy dla pracy higieniczno-społecznej.

g) Kol. prof. Godlewski: Kultura sanitarna Królestwa stoi niżej, niż kultura Galicyi zachodniej; niżej niż obie stoi kultura sanitarna Galicyi wschodniej. Systematycznych szczepień przeciw cholerze nie było można przeprowadzać z powodu oporu ludności, która obawiała się zdarzających się po tych szczepieniach powikłań, jak gorączki, ropni i t. p.

Do komisyi, zaproponowanej przez prelegenta zostali wybrani następujący koledzy: Blassberg, Bujak, Ciechanowski, Godlewski, Janiszewski, Michejdzina, Momidłowski, Nitsch, Wrzosek, Ziembicki.

Sekretarka doroczna: Dr Wyżykowska-Michejdzina.

Na czem polega umiejętny nadzór nad żywnością i jak ten nadzór należałoby zorganizować w Polsce.

Referat wygłoszony w sekcyi sanitarno-lekarskiej II-go Zjazdu higienistów polskich w Warszawie w dniu 30 czerwca 1917

przez

Dra Leonarda Biera,

Dyrektora c. k. Zakładu powszechnego do badania żywności w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Według § 7 amerykańskiej ustawy (The Food and Drugs Act) z 30 czerwca 1906 uznaje się produkt spożywczy za »zafałszowany«:

1) jeśli domieszano doń lub dopakowano jakiekolwiek ciało, które umniejsza jego jakość lub siłę obniża, lub oddziaływa na nią szkodliwie;

2) jeżeli przedmiot właściwy w całości lub częściowo zastąpiono innem ciałem;

3) jeśli produktowi odjęto jakiś składnik wartościowy w całości lub częściowo;

4) jeśli je tak wymieszano, zafarbowano, sproszkowano, pokryto jakąś polewą lub farbą, że ta manipulacya ukryła ich zepsucie lub jakość poślednią;

5) jeśli dodano do niego jakieś ciało trujące lub inne szkodliwe dla zdrowia; przez co nabyło i ono własności szkodliwych dla zdrowia.

W y j ą t e k. Jeśli środki spożywcze celem wywozu ich okrętem zakonserwowano środkiem zastosowanym zewnętrznie tak, że środek użyty do zakonserwowania przed użyciem produktu musi być usunięty mechanicznie, przez zamoczenie we wodzie lub innym sposobem — na opakowaniu zaś umieszczono pouczenie drukowane, w jaki sposób ciało konserwujące należy usunąć, — postanowienia powyższego ustępu mają mieć zastosowanie do wymienionych produktów tylko w czasie, gdy są gotowe do spożycia.

6) jeśli złożone są w całości lub w części z ciał zwierzęcych, lub roślinnych zanieczyszczonych, rozkładających się lub gnijących, albo też z części ciała zwierzęcego nie nadającego się do spożycia już to przyrządzonego już też nie przyrządzonego — albo też, jeśli pochodzą ze zwierzęcia zdechłego lub padłego inną śmiercią, nie przez rzeź.

Paragraf 8-my tejże ustawy określa własności produktów »fałszywie oznaczonych« w sposób następujący:

1) jeśli przedstawiają się jako naśladownictwo albo podawane są na sprzedaż pod nazwą innego produktu spożywczego;

2) jeśli są tak etykietowane lub oznaczone, że przez to kupujący jest oszukanym lub wrowadzonym w błąd, albo jeśli podane są wbrew prawdzie za produkt zagraniczny, albo gdy zawartość pierwotną zapakowania całkowicie lub częściowo usunięto zastępując ją inną;

3) jeśli na opakowaniach ewentualne określenia co do wagi lub miary zawartego artykułu nie są na zewnątrz podane wyraźnie lub zgodnie z prawdą;

4) jeśli opakowania lub etykiety odnośnie do składników lub ciał zawartych w produkcie spożywczym zawierają określenia, oznaczenia lub napis, które co do któregokolwiek punktu są fałszywe lub wprowadzają w błąd.

Wyjątki w tym względzie: Produkta spożywcze, które nie zawierają dodatku składników trujących lub szkodliwych zdrowiu nie należy uważać za zafałszowane lub fałszywie oznaczone w wypadkach następujących:

1) jeśli idzie o produkta złożone lub mieszane, które obecnie lub w przyszłości znane będą pod szczególnem określeniem (distinctive names) i nie przedstawiają się ani jako naśladownictwo innego produktu spożywczego, ani też nie są podawane na sprzedaż pod nazwą innego produktu, jeśli na etykiecie lub na napisie obok właściwej ich nazwy podane będzie również miejsce ich sporządzenia lub wyrobu;

2) w wypadkach dotyczących produktów spożywczych złożonych, naśladowanych lub rozcieńczonych, jeśli na etykietach, napisach lub dowieszkach są one niedwuznacznie jako takie oznaczone i słowo »produkt złożony« (compound), »naśladowany« (imitation), albo »rozcieńczony« (blend) wyraźnie jest umieszczone na opakowaniu, w którem podaje się je do sprzedaży.

Jednym ze słabych punktów austryackiej ustawy z 16/1 1896 jest ustęp 4 paragrafu 11-go, nie mający analogicznego ustępu w ustawie niemieckiej z 14 maja 1879. Według niego czyn sprzedaży przedmiotu zafałszowanego, podrobionego, zepsutego, ukróconego w swej wartości spożywczej dopiero wtedy staje się karygodnym, jeśli kupiec sprzedał go będąc świadomym tych własności, chyba że kupujący już na oko mógł był własności te rozpoznać. Tem postanowieniem ustawy austryackiej część odpowiedzialności za sprzedaż produktu nieodpowiedniego, postarano się złożyć na kupującego, gdy właśnie kupujący, nader często nieświadomy, jakie własności normalne, czy prawidłowe winien posiadać towar, t e m b a r d z i e j winien znaleść ochronę w ustawie, im więcej jest tych własności nieświadomym lub mało inteligentnym. W tym względzie ustawa niemiecka lepiej ochrania kupującego stanowiąc, że kupca wtedy tylko zwalnia się od odpowiedzialnosci karnej za sprzedaż nieodpowiedniego produktu, jeśli kupującego objaśnił, że sprzedany produkt jest zepsuty, zafałszowany, podrobiony i td. Według ustawy niemieckiej jest zatem kupiec obowiązanym podać do wiadomości kupującego nieodpowiednie własności sprzedawanego towaru, czego domyślić się lub rozpoznać powinien po części kupujący według ustawodawstwa austryackiego. Kodyfikacya ta w ustawie austryackiej nie bardzo szczęśliwa, wynik wielokrotnych debat komisyjnych — jest ustępstwem wobec interesowanych sfer biorących udział przy obradach i dowodzi, jak czujnym być trzeba przy tego rodzaju obradach, by z tej strony nie zaskoczono postulatów hygieny, opieki społecznej i doświadczenia sądowokarnego.

Nie ulega wątpliwości, że bardzo wiele produktów zafałszowanych, podrobionych, fałszywie oznaczonych, zepsutych sprzedają drobni kupcy, nie mając świadomości o tym ich stanie i że czynią to bądźto wierząc, że nabyty przez nich towar jest normalnym i bez zarzutu, bądźteż nie dokładając starań, by się przekonać o dobroci nabywanego towaru i wychodząc z założenia, że j e ś l i t y l k o s p r z e d a j ą t o w a r y w t y m s t a n i e, w j a k i m j e n a b y l i — n i e m o ż e i c h s p o t k a ć ż a d n a k a r a. Nie potrzebuję chyba bliżej uzasadniać, że tak rozumować może tylko kupiec n i e ś w i a d o m y s w y c h o b o w i ą z k ó w w o b e c k l i e n t e l i i kupiec, którego jedyną zasadą jest nabyty towar sprzedać z zyskiem możliwie największym bez znajomości towaroznawstwa i najpierwotniejszych pojęć, jak z towarami spożywczemi obchodzić się należy, jak trzeba je przechowywać w sklepie, by nie straciły własności, przez które zdatne są do użytku jako pokarm dla ludzi. By sprzedaż nieodpowiednich w rozumieniu omawianej ustawy artykułów przez kupców niedbałych i przez niedbalstwo nieuczciwych nie mogła uchodzić bezkarnie, koniecznym jest w karnej części ustawodawstwa odpowiedni paragraf s a n k c y o n u j ą c y o d p o w i e d z i a l n o ś ć k a r n ą z a u d o w o d n i o n ą, c z y s t w i e r d z o n ą n i e d b a ł o ś ć — t e m k o n i e c z n i e j s z y i m n a n i ż s z y m p o z i o m i e z a w o d o w y m p o z o s t a j e o g ó ł s t a n u k u p i e c k i e g o. Jak zaś niedbałość w tym względzie stwierdzić, w omówienie tego nie mogę się wdawać w ramach niniejszego referatu, gdyż stanowi to temat odrębny, ciekawy przedewszystkiem dla wyrokującego sędziego i dla interesowanego stanu kupieckiego obok ustawodawcy, który może go już zaznaczyć w samej ustawie, pozostawiając jednak bliższe jego ujęcie rozporządzeniom wykonawczym, administracyjnym i sądowym.

Obok wyliczonych powyżej przestępstw karanych w drodze wyroku sądowego zalicza wspomniane ustawodawstwo o nadzorze nad żywnością wszystkich państw kulturnych jeszcze pominięcie rozporządzeń o wyrobie poszczególnych produktów wydanych przez rząd państwowy na podstawie upoważnienia, o którem powyżej była mowa, nadto przestępstwo wynikające

z uniemożliwienia lub utrudnienia spełniania nadzoru przez organa do tego nadzoru mocą omawianego ustawodawstwa powołane. Uzasadnienie karygodności tych czynów zdaje mi się zbytecznem, dlatego je też pominę.

Przechodzę do sprawy, kto i jak wykonywać ma nadzór. Nowsze ustawy o nadzorze nad żywnością szerokie dają upoważnienia organom kontrolnym do wkraczania urzędowego nie tylko na otwartych miejscach sprzedaży ale i do miejsc wyrobu, przetwarzania, przechowywania i wszelkich miejsc sprzedaży, prawo badania nietylko gotowych już do sprzedaży produktów ale i materyałów surowcowych, z których się je wytwarza, badania sposobu fabrykacyi, przeróbki i przechowywania, przyczem fabrykant, czy kupiec obowiązanym jest pod grozą odpowiedzialności sądowokarnej do udzielania potrzebnych wyjaśnień, prawo niszczenia przedmiotów szkodliwych zdrowiu oraz zajmowania podejrzanych o szkodliwość i zafałszowanych, w końcu prawo poboru prób gotowego już produktu lub materjałów surowych celem ścisłego ich zbadania w urzędowym zakładzie badawczym. Z tego zestawienia praw i obowiązków ujętych w ustawach wynika, że prawa te i obowiązki przysługiwać mogą jedynie osobom do zadań tych dostatecznie ukwalifikowanym na zasadzie ogólnego i specyalnego przygotowania, że zadań tych nie mogą spełniać pachołkowie gminni lub policyanci a nawet żandarmi, lecz odpowiednio wykształcone i — dodajmy zaraz — dostatecznie uposażone osoby. Do takich zaliczają nowsze ustawy lekarzy uprawnionych na podstawie specjalnego egzaminu do zajmowania stanowisk w publicznej służbie zdrowia oraz co do mięsa, wyrobów mięsnych i w pewnym zakresie co do mleka, czynnych w służbie publicznej weterynarzy. Korzystne to dla sprawy tam, gdzie lekarze i weterynarze do spełnienia zadania tego nabyć mogą odpowiednie przygotowanie na specjalnych kursach, a w pracy swej urzędowej w tej dziedzinie znajdują stałą podnietę i zachętę przez styczność z odnośnym dla ich okręgu urzędowego zakładem badawczym, jakoteż przez delegowanie ich na kursa uzupełniające w kilkuletnich odstępach czasu. — Pozatem we wszystkich państwach nowoczesnych powołuje się do wykonania nadzoru osobnych urzędników bądź autonomicznych miejskich, nazwanych np. w Austryi »komisarzami targowymi«, lub też jak w Szwajcaryi »kantonalnych inspektorów żywności«, czynnych na tem polu obok »ekspertów miejscowych« i »miejscowych komisyi zdrowotnych«, lub też urzędników rządowych specyalnie do tego celu powołanych, jak przewiduje to ustawa austryacka i wprowadziła ustawa amerykańska, obie przywiązując ich na równi z inspektorami kontonalnymi do głównych zakładów badawczych rządowych, jako do ich przełożonej instytucyi, dla której mają pracować. Niezależnie od tego przysługują w nowoczesnych ustawach wszelkie prawa kontrolne zawodowym urzędnikom państwowych zakładów badawczych, delegowanym do spełnienia tych zadań przez przełożonego zakładu.

Sposób postępowania przy rewizyach regulują bądź już odnośne ustawy lub wydane do nich rozporządzenia wykonawcre i sposób ten jest wpajany na odpowiednich kursach przygotowawczych, które tak w Niemczech, jak i w Austryi, oraz w Szwajcaryi, przechodzić muszą wspomniani kandydaci na komisarzy czy inspektorów w zakładach badawczych — kursach, jak w Austryi, najmniej 6-tygodniowych i zakończonych egzaminem dyplomowym wobec komisyi egzaminacyjnej rządowej. Nauka podczas tego kursu wypełniająca obok wycieczek wraz z ćwiczeniami cały dzień, obejmuje u nas następujące przedmioty: 1) oględziny mięsa i bydła, 2) znawstwo środków spożywczych i przedmiotów użytku z wyjątkiem produktów roślinnych, 3) roślinne środki spożywcze wraz z nauką o grzybach jadalnych i najważniejszych ludowych roślinnych środkach leczniczych, pojawiających się na targu, 4) naukę o nafcie, oraz 5) ustawodawstwo i organizacyę władz.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Dnia 14 lipca b. r. odbyło się w sali Tow. lekarskiego posiedzenie kraj. komisyi dla zwalczania gruźlicy. Posiedzenie poświęcone było głównie opracowaniu statutu i sprawie otrzymania od rządu koniecznych funduszów. Kraj. komisya uchwaliła zaprosić na stanowisko prezesa komisyi namiestnika eksc. hr. Huyna, na wiceprezesów zaś wybrała protomedyka Dr Lachowicza i szefa depart. sanitarnego Wydziału kraj. Dr S. Bernadzikowskiego. W sprawie krzywdzącego nasz kraj podziału funduszów państwowych, przeznaczonych na cele walki z gruźlicą, zwrócono się do Koła polskiego z prośbą o interwencyę. Prezydyum Koła dało zapewnienie, że sprawa ta niezwłocznie zostanie u sfer decydujących poruszona. Szczegółowo opracowany przez komisyę budżet wykazuje, że dla rozpoczęcia szerzej zakrojonej akcyi w kraju potrzeba jest conajmniej 6·7 milionów koron. (Dotychczas otrzymał nasz kraj, jak wiadomo, 150.000 koron i to dla sanatoryum arcyks. w Rajczy).

— Dr Ksawery Lewkowicz, profesor nadzwyczajny Uniwersytetu Jagiellońskiego i dyrektor kliniki pedyatrycznej, otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

Lwów. Dr H. Schram, docent chirurgii w Uniwersytecie lwowskim z tytułem profesora, został mianowany profesorem nadzwyczajnym.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.